FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

27

Année 1905 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Novembre 1905, à 1 heure

PAR

Didier BERNARD

Le Signe de Grocco

ou " TRIANGLE PARAVERTÉBRAL OPPOSÉ "

dans les Pleurésies séreuses

ÉTUDE CRITIQUE

Président : M. LANDOUZY, *professeur*

Juges { MM. GAUTIER, *professeur*
ROGER, *professeur*
DESGREZ, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15
1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
	HUTINEL.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique desmaladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR ALEXANDRE BERNARD

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Hôpital Broca

MONSIEUR LE DOCTEUR PEYROT

Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBIN

Hôpital de la Pitié

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE

Hôpital Lariboisière

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. LANDOUZY

Professeur de Clinique médicale à la
Faculté de Médecine de Paris
Médecin à l'hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

Le Signe de Grocco

ou « Triangle paravertébral opposé » dans les Pleurésies Séreuses.

ETUDE CRITIQUE

PRÉFACE

Nous suivions l'année dernière l'enseignement clinique dans le service de notre maître Darier, médecin à l'hôpital de la Pitié, lorsqu'un jour il attira notre attention, au sujet d'une pleurésie droite, sur un signe diagnostic des pleurésies unilatérales. Du reste dans ce cas-ci le signe fut négatif. Tous ceux qui entouraient alors notre maître furent d'autant plus attentifs qu'aucun de nous n'avait connaissance de ce symptôme, nullement mentionné dans nos traités.

D'ailleurs, notre maître lui-même ne connaissait que le point capital, et n'avait pas en tête tous les détails d'appréciation clinique de ce symptôme, qui avait été l'objet d'une communication faite par le professeur Grocco de Florence au douzième congrès

de la Société italienne de Médecine interne (tenu à Rome en octobre 1902). Depuis ce congrès quelques articles parurent à ce sujet dans des revues italiennes, et en France nous n'avons trouvé que la traduction de quelques passages extraits de ces revues.

Nous cherchions alors un sujet de thèse, et notre maître Darier nous encouragea à rechercher l'importance et l'intérêt clinique de ce symptôme, ce que nous avons fait, et c'est ce qui fera le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous devons des remerciements à notre maître, d'abord pour nous avoir procuré notre sujet de thèse, et aussi pour avoir comblé une lacune dans nos études. En effet, nous avons puisé d'excellents principes pour l'étude si délicate des maladies de la peau, non seulement aux consultations de notre maître, mais aussi en suivant ses conférences, d'une très grande netteté, par des descriptions simples et claires ; le tout simplifié encore par des projections de coupes microscopiques de presque toutes les lésions. Ces leçons par les yeux fixaient avec une grande intensité dans notre mémoire des détails nombreux qui ne demandaient qu'à nous fuir.

Nous exprimons ici toute notre gratitude à M. le professeur Landouzy, médecin à l'hôpital Laënnec, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Merci à notre ami Gaillard, interne des hôpitaux, pour l'aide qu'il a bien voulu nous apporter dans nos premières recherches, aussi bien recherches cliniques que recherches bibliographiques.

CHAPITRE I

Le Signe de Grocco. — Considérations générales. — Historique.

En octobre 1902, au douzième congrès de la Société italienne de Médecine interne tenu à Rome, le professeur Grocco de Florence faisait une communication au sujet d'un nouveau symptôme diagnostic des pleurésies séreuses unilatérales.

Ce n'était, du reste, pas la première fois que le professeur Grocco s'entretenait du phénomène qu'il développait devant le congrès. La même année, en effet, au mois de mars, il parlait très brièvement, dans une leçon faite à sa clinique de médecine générale de Florence, de ses observations cliniques.

Je ne saurais mieux faire, je crois, afin de ne pas dénaturer la pensée du professeur Grocco, que de traduire les quelques lignes de la leçon intitulée : *Courtes notes de séméiotique physique*, parue dans le numéro de mars 1902 de la *Rivista Critica di Clinica Medica*.

« Triangle paravertébral du côté opposé à l'épanbhement pleural » : avec un épanchement pleural suffisamment abondant, quand on percute de haut en cas sur les apophyses épineuses (le malade étant assis), onr elève au niveau de la collection liquide

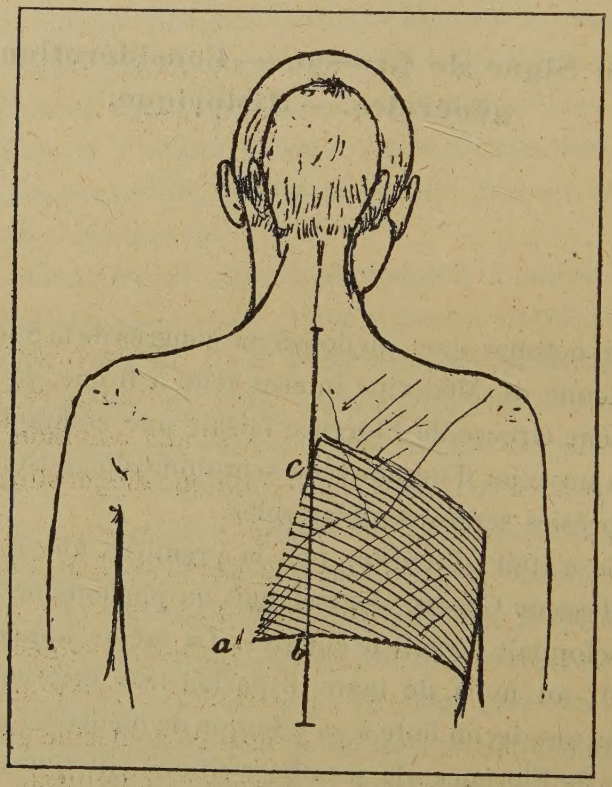

Fig. 1.

une matité relative qui d'abord est peu marquée et va toujours avec un accroissement de résistance. Si on percute du côté sain sur une ligne horizontale passant par les apophyses épineuses, mais toujours de haut en bas, et sur l'espace qui s'étend vers la

ligne médiane, résultant de la matité ; on réussit à délimiter une « *bande paravertébrale hypophonétique de forme triangulaire* ».

Un côté de cette aire « hypophonétique » est représenté par la ligne des apophyses épineuses ; l'autre côté par la limite inférieure de l'aire de résonance de la cavité thoracique, sur un court espace qui varie en longueur de 2 à 3 centimètres ou plus ; enfin le côté externe est formé par une ligne qui part du côté inférieur et remonte obliquement pour s'unir à angle aigu avec la ligne médiane, vers l'extrémité supérieure de la ligne de matité en question. A mon avis l'aire « hypophonétique » est d'autant plus marquée qu'on la percute vers son bord interne, et suivant que l'abondance du liquide endopleural est plus grande.

Tel triangle, subit des variations dans sa superficie et son degré de matité, suivant que le patient se penche sur un côté ou sur l'autre, ou en avant. De plus sur l'aire triangulaire que je suis en train de décrire, une auscultation attentive fait remarquer une diminution du murmure respiratoire.

Pour les épanchements de droite, à condition égale, le triangle paravertébral, il me semble, est plus apparent. »

Au congrès de Rome en 1902, le professeur Grocco fait sa communication sur le « triangle paravertébral opposé » et après la même description que celle que je viens dedonner il ajoute :

« La radioscopie et la radiographie confirment les

données de la percussion, de même que les recherches sur le cadavre.

Ce symptôme peut être utile pour le diagnostic de la pleurésie, surtout dans les formes droites et enkystées, ainsi que pour sa différenciation d'avec la pneumonie massive. »

On voit, d'après les pages précédentes, que l'auteur accorde une grande valeur à la découverte de son nouveau symptôme, et n'a pas l'air de croire qu'on ne puisse pas le rencontrer dans les cas d'épanchements pleuraux, ce qui en effet, s'il en était ainsi, lui donnerait une grande importance clinique pour le diagnostic des pleurésies unilatérales.

Il est curieux de signaler qu'en 1902, à l'époque à laquelle le professeur Grocco, mentionnait sa découverte; en Autriche, Koranyi, dans une publication (*Wiener klinische Rundschan*, n° 16, 1902), mettait en évidence une figure représentant à très peu de choses près le triangle de Grocco, dans un épanchement pleural.

Depuis cette époque, en Italie, ce sujet a été repris plusieurs fois et des études cliniques et expérimentales détaillées ont été faites là-dessus.

Avant d'aborder la valeur diagnostique et clinique du « triangle paravertébral opposé » il serait utile, je crois, d'étudier les lésions anatomo-pathologiques créées par ces épanchements : aussi bien les lésions de la plèvre que celles des organes voisins, pour essayer de tirer ainsi, d'après leur examen, des conclusions sur la pathogénie du signe de Grocco.

CHAPITRE II

Etude anatomo-pathologique et Recherches expérimentales.

Je crois inutile, dans ce court travail, de vouloir donner l'anatomie normale de la cavité thoracique et des organes y contenus, dont nous aurons besoin pour l'étude des lésions produites par les épanchements pleuraux.

Envisageons donc, tout d'abord, les lésions de la plèvre dans les pleurésies séreuses, puisque l'auteur décrit son symptôme, pour les cas d'épanchements séro-fibrineux.

Si, nous nous reportons à l'article « Pleurésies » de de MM. L. Landouzy et Labbé, du *Traité de Brouardel et Gilbert*, nous trouvons la description anatomo-pathologique suivante, des lésions de la plèvre :

« La cavité pleurale remplie par un liquide séro-fibrineux est tapissée de *fausses membranes* et de *néo-membranes*. Les « fausses membranes » fibrineuses forment un enduit tomenteux et irrégulier qui recouvre toute la surface de la séreuse, ou qui est dissé-

miné par îlots sur les plèvres viscérales et pariétales.

Elles constituent souvent des brides plus ou moins longues qui vont d'un feuillet à l'autre de la plèvre, ou qui flottent dans le liquide, adhérentes par une de leurs extrémités seulement, souvent aussi elles s'accumulent dans les parties déclives de la cavité.

Débarrassée des fausses membranes et du liquide, la plèvre apparaît revêtue d'une « néomembrane ». Celle-ci a l'aspect bourgeonnant, villeux, en langue de chat ; elle est rougeâtre et atteint souvent une épaisseur de 2 millimètres.

Dans le reste de son étendue, en dehors des régions recouvertes par la fausse membrane et la néomembrane, la *séreuse pleurale* a perdu en partie sa transparence et son poli, elle présente de distance en distance des arborisations vasculaires et des rougeurs ecchymotiques ».

Ces notions sur l'état des feuillets pleuraux, savoir : épaississement très notable, et revêtement de la plèvre par une néomembrane, nous seront utiles pour la discussion de la pathogénie du signe de Grocco.

D'autres points, plus intéressants encore pour la discussion, sont les suivants : en premier lieu, comment se répartissent les exsudats séro-fibrineux, dans la plèvre, avec les petits épanchements ; en second lieu, comment se comportent les épanchements moyens ou plus abondants encore, vis-à-vis de la plèvre en elle-même et des nouveaux rapports qu'elle acquiert par sa distension, avec les différents organes voisins.

A la première question, nous répondrons avec MM. Landouzy et Labbé, en consultant toujours le même article : qu'en tenant compte des expériences et de la clinique, on trouve que les exsudats séro-fibrineux épanchés dans la cavité pleurale, libre d'adhérences, tendent à gagner les parties déclives. Retenons surtout, que les petits épanchements, le cadavre étant dans la position assise, commencent dans la gouttière costo-diaphragmatique latérale, et tendent à gagner en avant le sternum ; en arrière, la gouttière costo-vertébrale. Dans le décubitus horizontal l'exsudat s'accumule toujours le long de la colonne vertébrale.

En ce qui concerne le second point de vue auquel je me suis placé, c'est-à-dire ce que deviennent les différents rapports des organes avec les épanchements d'une certaine abondance, je signalerai les intéressantes recherches anatomo-pathologiques et expérimentales qui ont été faites par C. Baduel et L. Siciliano de Florence, spécialement au sujet du « triangle paravertébral opposé. »

Ces recherches malheureusement sont faites sur des cadavres, ce qui fait que les expérimentateurs ne sont pas dans des conditions physiologiques normales, puisque les tissus, n'ont plus cette réaction vitale qui leur donne de tout autres propriétés de résistance. Cependant, ils ont tâché de mettre de leur côté tous les éléments de précision désirable.

Pour éviter toute erreur je ne crois mieux faire

que de traduire les quelques passages de leur travail qui nous intéressent :

« Assurément le cas le plus favorable serait celui d'un malade décédé avec un épanchement pleural abondant et dont le cadavre serait débité en coupes après congélation. Mais en l'absence de ces conditions d'études, nous ne pouvions qu'expérimenter sur des cadavres. Ces derniers furent choisis parmi ceux qui paraissaient avoir été indemnes d'affections des voies respiratoires et cela pour éviter principalement les adhérences pleurales qui auraient faussé les résultats.

Il fallait ensuite injecter un liquide dans la cavité pleurale, de façon à réaliser un épanchement artificiel : bien que, évidemment, en agissant ainsi, on ne se trouve pas exactement dans les conditions naturelles, étant donnée la lenteur avec laquelle se produit l'épanchement, fait favorable à la production d'une compression plus régulière et plus parfaite du poumon.

Avant d'opérer, il est indispensable de soutenir le diaphragme pour l'empêcher de se déprimer lors de la production artificielle de l'épanchement. Aussi, pour ce faire, nous avons rempli la cavité péritonéale au moyen de l'injection de gélatine concentrée à 15 o/o à chaud. Cette façon de faire nous donne des résultats parfaits.

Il était également nécessaire d'injecter les vaisseaux, spécialement l'aorte, laquelle, vide de sang, se laisse facilement déprimer sur le cadavre. Aussi

avons-nous injecté le système artériel par la carotide avec une solution à 15 o/o de gélatine, injection qui offrait également l'avantage de gonfler les veines en y refoulant le sang.

Ceci fait, le cadavre étant en position assise, nous introduisons lentement du liquide dans la cavité pleurale, tout en percutant la plèvre opposée de façon à chercher le triangle de Grocco et à en vérifier les variations. Ce dernier se montra toujours avec une topographie identique à celle que l'on trouve sur le vivant et proportionnel à la quantité de liquide introduit, plus étendu dans les épanchements artificiels droits.

Une large brèche étant ouverte dans la partie postérieure du thorax, opposée à l'épanchement artificiel, il était alors facile de palper et de reconnaître les organes du médiastin, l'aorte, et de se rendre compte de leur topographie.

Sur certains cadavres, nous avons injecté de la gélatine et après solidification, nous avons pu pratiquer des sections thoraciques, le thorax ayant séjourné, préalablement débarrassé de la peau, dans une solution de formol à 10 o/o.

Dans les sections horizontales pratiquées au niveau des mamelons, on avait :

dans le cas d'épanchement droit, (fig. II) une déformation évidente du thorax dont la moitié droite était élargie ; le médiastin est repoussé en masse vers la gauche ; le cœur est à gauche d'un plan passant par la partie médiane des vertèbres et du sternum ; le médiastin postérieur se trouve tout entier sur le côté gauche des corps vertébraux, l'aorte un peu en arrière, avec à droite l'œsophage et l'azygos ; une languette de gélatine s'insinue au-devant des corps vertébraux.

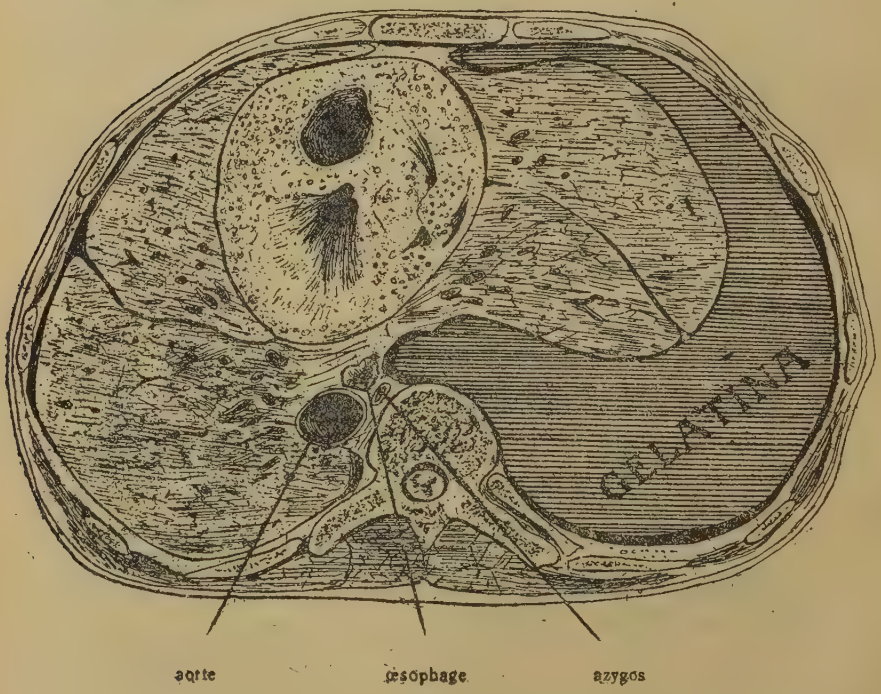

Fig. II

Coupe au niveau des mamelons. Epanchement droit.

Avec un épanchement gauche, même déformation

thoracique, le cœur se trouve pour les trois quarts à droite d'un plan passant par la partie médiane des vertèbres et du sternum.

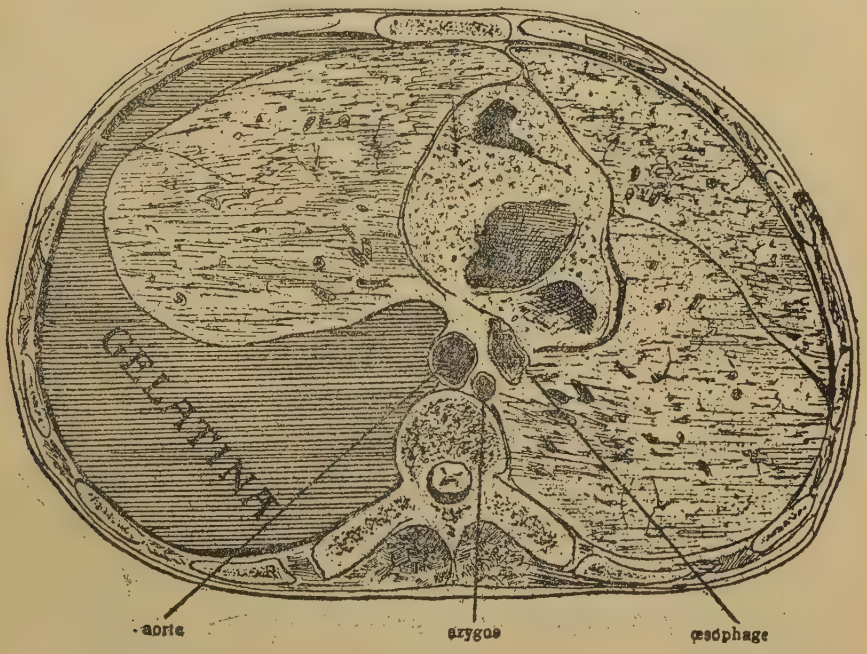

Fig. III

Coupe au niveau des mamelons. Epanchement gauche.

Le médiastin postérieur est refoulé vers la droite, mais à un degré moindre que dans le cas précédent (pour un même volume de gélatine injectée) ; l'aorte est au-devant de la colonne vertébrale vers la droite, avec à droite l'œsophage, et l'azygos plus sur la face latérale des corps vertébraux (fig. III).

Dans les sections horizontales faites au niveau du deuxième espace intercostal, au point de division de la trachée en bronches, on peut faire les mêmes cons-

tatations, mais le refoulement du médiastin est alors beaucoup moindre.

Ces auteurs disent plus loin: « Dans l'épanchement expérimental, le thorax ayant été ouvert le poumon fait promptement hernie. »

Ces recherches expérimentales décrites par Baduel et Siciliano ne sont pas les seules qui aient été faites à ce sujet, elles ont été confirmées par des observations de Flora qui, après injection dans la plèvre, a pu se convaincre de la présence d'une matité paravertébrale du côté opposé et du déplacement du médiastin. D'autres expérimentations corroborent les faits décrits : celles de Pienacini et de Bucco.

Cependant les résultats de ces expériences ne sont pas admis par tout le monde, et on retrouve dans un rapport à la Société médico-chirurgicale de Parme, que Barbieri nie l'existence du triangle de Grocco dans les cas d'épanchement pleural et la possibilité que celui-ci puisse se former ; parce que en injectant du liquide dans la plèvre du cadavre, il ne le trouva jamais, et que aussi en poussant le médiastin avec les doigts, il s'aperçut qu'il ne se déplaçait pas suffisamment pour provoquer une matité du côté sain, comme l'a décrit Grocco.

Sans mettre en doute les résultats obtenus par Barbieri, il peut être que cet expérimentateur n'a pas conduit ses expériences d'une manière aussi rationnelle que celles exposées plus haut. Quant à la négation absolue du signe de Grocco au point de

vue clinique nous verrons dans un autre chapitre ce que nous devons en penser.

Si les expériences précédentes sur le cadavre sont instructives, il est des recherches cliniques faites au moyen de la radioscopie qui ont un véritable intérêt. Le professeur Grocco fit des recherches dans ce sens qui confirment, à son avis, son signe. Depuis le professeur Luigi Ferrannini de Palerme reprit les mêmes recherches et on en retrouve les conclusions dans un article de la *Riforma Medica*, anno XX, nº 35 :

« Cette année, dit-il, j'ai étudié avec la percussion et la radioscopie le triangle de Grocco, dans les cas d'épanchements pleuraux venus dans ma clinique : j'ai marqué sur la paroi thoracique postérieure la limite de la zone de matité et de submatité relevée avec la percussion. Puis à la radioscopie, j'ai marqué les limites de l'ombre relevées sur l'écran fluorescent.

« Dans tous les cas les limites de la zone de matité et de submatité coïncident presque parfaitement avec ceux de l'ombre radioscopique. Ces limites du côté opposé à l'épanchement figurent nettement une forme triangulaire, avec un côté interne mesurant toute la hauteur de l'épanchement ; un côté inférieur presque horizontal et assez court, sur la ligne diaphragmatique ; et un côté externe oblique arrivant au niveau supérieur de l'épanchement et se réunissant à angle très aigu avec le côté interne.

« A la base du triangle, aussi bien l' « hypophonèse »

que l'intensité de l'ombre diminuent du côté interne et inférieur, vers le côté externe...

Les dimensions du triangle augmentent progressivement avec la formation de l'épanchement et se réduisent après la thoracentèse ».

Ces pages précédentes, avec ces considérations anotomo-pathologiques, et les recherches expérimentales qu'elles contiennent, vont nous être d'une grande utilité pour expliquer la pathogénie du signe de Grocco, sans toutefois vouloir en tirer une valeur irréfutable.

CHAPITRE III

Pathogénie.

La pathogénie du « triangle paravertébral opposé » est assez controversée ; deux théories bien différentes sont établies pour l'interprétation de ce signe.

Nous avons tout d'abord la théorie du professeur Grocco, qui admet seulement que les vibrations osseuses propres de la colonne rachidienne et des côtes, dans le cas d'épanchement pleural abondant, peuvent diminuer, le liquide étouffant les vibrations. Plus est considérable la quantité du liquide, plus marqué est le rôle d'arrêt qu'il possède sur la capacité vibratoire des parois osseuses, ce phénomène serait surtout évident à la partie inférieure de la colonne dorsale.

Cette interprétation est simple et répond bien aux lésions que nous avons décrites au chapitre précédent ; mais nous ne pouvons en admettre toute la valeur qu'on veut bien lui donner, et nous verrons, ce pourquoi plus loin.

Du reste dans la seconde théorie, celle de Pierracini, celui-ci ne veut pas admettre cette interprétation : diminution de capacité vibrante du rachis et des côtes, parce que deux cas qu'il a observés vont à l'encontre de cette hypothèse. Le premier était une atélectasie méta-pneumonique du poumon, le second une tumeur pleuro-pulmonaire, qui occupait tout le viscère ; dans ces deux cas il ne put vérifier la présence du triangle de Grocco, comme il aurait dû arriver, ces deux lésions devant agir comme un épanchement pleural liquide, en arrêtant les vibrations osseuses.

Aussi en présence de ces deux faits Pierracini interprète-t-il d'une autre façon la pathogénie du signe de Grocco. Il admet qu'un épanchement pleural abondant est capable de repousser le médiastin postérieur, suffisamment pour déterminer de ce fait une diminution de la capacité respiratoire du parenchyme du poumon sain ; d'où matité.

D'après lui, cette même hypothèse expliquerait bien la forme triangulaire qu'affecte le signe de Grocco, dans lequel l'aire de matité est plus étendue à la partie inférieure du médiastin qu'à sa partie supérieure. A l'appui de cette opinion, Pierracini cite un cas de pneumothorax où il constate un renforcement de sonorité au niveau du triangle de Grocco.

Nous mettons en doute cette pathogénie aussi simple, car en se rapportant aux expériences de Baduel et Siciliano, on voit que le sac pleural tout en se déplaçant ne dépasse pas de beaucoup le

plan médian sagittal du thorax, il ne peut donc produire en repoussant le médiastin une matité assez étendue pour expliquer le phénomène décrit par Grocco. D'autant plus que dans leurs recherches, ces expérimentateurs prirent des sujets sains, avec des plèvres normales, tandis que, comme nous l'avons vu au chapitre d'anatomie-pathologique, les plèvres dans les cas de pleurésies sont épaissies, offrent plus de résistance à leur extension, et de plus présentent très souvent des adhérences soit entre elles, soit avec le parenchyme pulmonaire, soit avec la paroi thoracique : toutes causes, il me semble, qui s'opposent bien à cet envahissement sur le côté sain.

En admettant que le signe de Grocco existe avec beaucoup de netteté dans tous les cas d'épanchement pleural, ces deux théories pathogéniques sont à mon avis trop exclusives, et l'interprétation du « triangle paravertébral opposé » demande, je crois, pour sa compréhension plus d'éclectisme.

Nous dirons d'abord, que la colonne vertébrale donne normalement à la percussion, un son clair qui s'arrête à la limite inférieure du poumon, ce qui s'explique par la contiguité du parenchyme pulmonaire et le pouvoir vibrant des côtes. Si à la place de ce parenchyme pulmonaire nous avons accolé le long des corps vertébraux, comme le démontre l'anatomie pathologique, un sac liquide, ce dernier doit nécessairement exercer une action inhibitrice sur la faculté de vibrer du rachis, et par là constitue une

condition favorable à la genèse du signe de Grocco et suffit à interpréter la bande de matité la plus interne du triangle, celle-ci commençant vers le niveau supérieur du liquide. Signorrelli, de Rome, dans une étude systématique sur la percussion de la colonne vertébrale, vient à conclure que dans les épanchements pleuraux unilatéraux, non ponctionnés, on a une réduction de son dans toute la partie occupée par l'épanchement liquide. Ce premier fait peut même, avec probabilité, être invoqué pour la zone de matité paravertébrale ; mais il serait vraiment audacieux de vouloir en faire la seule pathogénie du signe de Grocco.

Aussi, doit-on admettre comme participant à la formation de la zone de matité, le déplacement du médiastin, démontré par l'expérience ; ce déplacement ne peut cependant en constituer la cause unique, parce que certainement, ainsi que le sac pleural, le médiastin ne déborde pas suffisamment les corps vertébraux pour pouvoir donner en bas une matité aussi étendue ; et aussi parce qu'il est situé bien profondément par rapport au plan percuté.

Le cœur, à sa place normale ou déplacé pathologiquement, pourrait même, je crois, concourir à la diminution de résonance dans la région paravertébrale, surtout dans les épanchements de gauche.

Serait-il insensé aussi de penser que le foie, qui peut basculer dans certains épanchements, par le bord postéro-supérieur, aussi bien de son lobe droit que de son lobe gauche, puisse concourir à la for-

mation de la matité trouvée à la base du triangle de Grocco? Je ne le pense pas.

Ces quelques considérations permettent, sans aucun doute, de tenir comme possible la détermination d'une certaine matité dans l'aire du « triangle paravertébral opposé » ; mais je ne les pense pas suffisantes pour expliquer cette forme triangulaire décrite par Grocco, forme qui du reste, d'après les recherches que j'ai faites, est difficile à mettre en relief dans bien des cas, et qui manque presque complètement dans d'autres.

Nous ferons intervenir pour l'explication de cette forme triangulaire, les divers degrés de pression que l'exsudat vient exercer sur le médiastin postérieur à des hauteurs variées, ce qui expliquerait l'élargissement de la base. Cette hypothèse trouverait même une preuve dans l'augmentation ou la diminution de la matité suivant le décubitus occupé par le malade. Seulement je ferai remarquer dès à présent que cette variation de matité n'est pas toujours très appréciable et que je ne l'ai trouvée que dans des épanchements abondants ; je me crois d'autant plus autorisé à l'affirmer que Bucco déclare qu'à la suite de la thoracentèse « le signe devient encore moins évident », ce qui prouverait, d'après cette phrase, que ce dernier tient le signe de Grocco, comme n'étant pas toujours très net.

Cette interprétation du « triangle paravertébral opposé » est loin d'être aussi simple que celle du professeur Grocco; elle est plus complexe, mais elle

me semble assez juste et met d'accord : les faits cliniques, la logique séméiotique, et l'expérience.

Un dernier point intéressant à élucider, serait de savoir ce que donnerait une ponction exploratrice faite dans l'aire du triangle de Grocco. Je ne crois pas que cette expérience ait été faite, et je n'ai pas osé la tenter, car en se rapportant à la figure II, on peut se rendre compte du danger qu'il y aurait. D'abord on trouverait interposée : une lame de poumon, et ensuite l'aiguille devrait choisir son passage entre les organes du médiastin, aorte, œsophage, veine azygos, avant d'arriver sur le liquide qui, d'après les expériences reste en avant de la colonne vertébrale.

CHAPITRE IV

Observations.

Avant d'envisager la valeur diagnostique et clinique du signe de Grocco, nous allons donner quelques-unes des observations que nous avons recueillies à ce sujet. Ces quelques résultats cliniques pourront permettre d'apprécier ce symptôme à sa plus juste valeur.

OBSERVATION I

La première observation que je vais donner est le résumé de la causerie clinique que nous fit M. Darier au sujet du signe de Grocco ; puisque c'est à propos de cette malade qu'il nous entretint pour la première fois de ce symptôme. Si les détails me manquent j'en ai cependant recueilli les points principaux.

La malade, qui présentait des marques de tuberculose locale

au cou, était rentrée la veille dans le service. M. Darier examinait cette femme le matin à sa visite et la feuille de température indiquait 38°9. Deux jours avant, elle avait éprouvé une douleur au côté droit, d'une intensité légère. Elle avait une toux pénible.

A l'inspection on ne remarquait aucun symptôme d'altération de la paroi thoracique, ni voussure, ni déviation de la pointe du sternum. La fréquence des mouvements respiratoires n'était pas augmentée.

La percussion permettait d'apprécier à la base droite et sur la ligne axillaire une matité relative qui s'étendait sur une faible hauteur, 5 centimètres environ ; on n'avait pas la sensation de matité hydrique si caractéristique des épanchements pleuraux, ni cette résistance au doigt si appréciable ordinairement avec un épanchement bien caractérisé. On n'observait aucun déplacement d'organe, tel que le foie et le cœur, l'espace de Traube était sonore. La percussion du reste du poumon ne donnait rien d'anormal.

Les vibrations vocales, un peu affaiblies, n'étaient nulle part abolies.

A l'auscultation, des sifflements de bronchite dans toute l'étendue de la poitrine. Le murmure vésiculaire était affaibli au niveau de cette zone restreinte de submatité. On trouvait quelques frottements sur la ligne axillaire à un niveau assez élevé ; on percevait par intervalles un souffle expiratoire, mais absence d'égophonie et de pectoriloquie aphone.

On était donc en présence de quelques symptômes d'épanchement pleural, mais qui ne présentaient pas une grande valeur diagnostique ; il était certain, tout au moins, que cet épanchement était peu abondant. C'est en présence de cette incertitude

que notre maître voulut rechercher le signe de Grocco pour affirmer son diagnostic.

Il nous expliqua en quoi consistait ce symptôme et essaya de déterminer le « triangle paravertébral opposé ».

Malgré toute l'attention et le soin qu'il mit à percuter sur la ligne des apophyses épineuses, et dans l'aire où on pouvait présumer retrouver de la matité, ou tout au moins de la sub-matité ; il ne put mettre en évidence ce phénomène.

Devant ce résultat négatif du signe de Grocco il restait encore la ponction exploratrice pour affirmer le diagnostic d'épanchement pleural, ce qui fut fait ; il obtint un liquide citrin et limpide, le diagnostic était fait.

Le symptôme de Grocco était donc en défaut dans ce cas de pleurésie unilatérale droite, cas le plus propice, d'après l'auteur, pour le remarquer. Il faut se rappeler cependant que l'épanchement était peu abondant.

OBSERVATION II

M. A..., lit n° 11, salle Valleis, Pitié, 45 ans, brocheuse. Cette femme entre à l'hôpital le 18 décembre 1904. Elle est restée alitée chez elle pendant cinq jours avant son arrivée dans le service. Elle présente au sommet droit quelques craquements.

Elle a éprouvé au début un point de côté assez violent à droite. Le 22 décembre sa température est de 40°.

A l'inspection on remarque une immobilité assez marquée de la paroi thoracique droite. La fréquence des mouvements respiratoires est un peu augmentée.

La percussion permet d'apprécier, à la base droite, une matité très nette, en arrière cette matité s'étend jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de la pointe de l'omoplate. La résistance au doigt est très marquée. Avec le changement d'attitude de la malade, la limite supérieure de la matité varie. Au-dessus de cette zone mate, on retrouve la sonorité pulmonale. Le foie ni le cœur ne sont déplacés ; l'espace de Traube est sonore. Pas de skodisme sous la clavicule.

A la palpation les vibrations vocales sont abolies dans la zone de matité.

A l'auscultation le murmure vésiculaire fait défaut presque jusqu'au niveau de la ligne de matité. Au-dessus on a une respiration plutôt forte. A l'expiration on perçoit un souffle pleurétique assez intense. On a aussi de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

Le 18 décembre une ponction exploratrice a été faite par M. Gaillard, interne du service : elle a donné un liquide citrin, limpide.

Nous avons donc une pleurésie séreuse droite, pas très abondante. Le signe de Grocco ne donnera pas plus de certitude au diagnostic, si nous le retrouvons. Voyons donc, si nous le mettrons en évidence.

Percutons au niveau supérieur de l'épanchement, sur la ligne des apophyses épineuses. Nous trouvons une sonorité normale, jusqu'à deux travers de doigts au-dessous du niveau supérieur de l'épanchement. A partir de cette limite, on trouve une submatité qui s'accentue au fur et à mesure que nous nous abaissons, mais qui est loin d'être la matité qu'on observe sur le côté malade. Maintenant en percutant, toujours de haut en bas et sur une zone parallèle à la ligne des apophyses épineuses,

nous trouvons à deux forts travers de doigts au-dessous du niveau supérieur de l'épanchement et sur deux travers de doigts à peine de largeur une bande de submatité qui descend jusqu'à la limite inférieure de l'aire de ésonance de la cavité thoracique. Cette submatité ne devient pas matité. En dehors de cette bande on retrouve immédiatement une sonorité normale. Je n'ai pu, même avec beaucoup d'attention, déterminer la forme triangulaire du signe de Grocco.

A l'auscultation on trouve un murmure vésiculaire ne présentant pas d'altération, dans cette zone paravertébrale.

En faisant varier le décubitus du malade, nous n'avons pu trouver un changement appréciable, ni dans la forme, ni dans l'intensité de la bande décrite ; le degré de submatité n'a pas varié, à notre avis.

En résumé cet épanchement droit, peu abondant, ne permet pas de trouver le signe de Grocco. Cette bande de submatité ne prend pas une forme triangulaire. Notre ami Gaillard, interne du service, fit lui-même les recherches sur le même sujet et arriva aux mêmes conclusions.

A quoi attribuer cette absence partielle du « triangle paravertébral opposé » ? Faut-il invoquer le peu d'abondance du liquide qui n'exerce pas assez de pression sur le médiastin pour le refouler et déterminer ainsi la partie externe du triangle. Peut-être y a-t-il des adhérences qui empêchent le sac pleural de s'étendre vers le côté opposé.

Dans ce cas, je penche à croire que le sac pleural s'adosse simplement au rachis et l'empêche de vibrer, ce qui détermine cette bande de submatité le long des apophyses épineuses.

OBSERVATION III

B. L..., 72 ans. Lit n° 43' salle Serres, Pitié. Ce malade entre à l'hopital le 20 janvier 1905 avec 38°6 de température.

Il ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, il a eu un violent point de côté, à droite. Il est resté alité chez lui jusqu'au jour où nous l'examinons.

Actuellement en regardant le thorax, on constate une immobilité appréciable de la paroi thoracique droite. Il y a une déviation à droite de la pointe du sternum, peu appréciable. La fréquence des mouvements respiratoires est augmentée.

A la percussion, on trouve une matité absolue à droite ; cette matité, avec résistance au doigt, s'étend en arrière jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de la pointe de l'omoplate. La limite supérieure de matité varie avec les différentes positions du malade. Le cœur n'est pas dévié, l'espace de Traube est sonore. On trouve du skodisme sous la clavicule.

La palpation permet de constater la disparition complète des vibrations vocales dans presque toute l'étendue de l'épanchement, elles reparaissent en haut, un peu au-dessous de la limite supérieure de l'épanchement.

A l'auscultation du côté droit, dans presque toute l'étendue de l'épanchement, on s'aperçoit que le murmure vésiculaire fait complètement défaut, mais reparaît vers le niveau supérieur : lointain, amoindri. Au-dessus de l'épanchement on a une res-

piration forte. Au niveau de l'épanchement on perçoit un souffle pleurétique expiratoire. La pectoriloquie aphone et l'égophonie sont nettes. On trouve de la bronchite généralisée des deux côtés. La ponction exploratrice a donné un résultat positif avec un liquide limpide, citrin.

Nous nous trouvons donc en présence d'un épanchement séro-fibrineux droit, dépassant la moyenne, et s'adaptant bien aux cas décrits par le professeur Grocco. Recherchons son signe.

Nous percutons de haut en bas, sur la ligne des apophyses épineuses, nous remarquons qu'un peu au-dessous du niveau supérieur de l'épanchement, deux ou trois centimètres, le son clair fait place à une très légère submatité qui, sans aucun doute, va en s'accentuant pour devenir matité à la partie inférieure de la cavité thoracique. En percutant parallèlement à cette ligne, du côté sain, et avec beaucoup d'attention, on arrive à délimiter une zone de submatité qui devient matité relative en descendant. Cette aire s'étend à trois travers de doigts de la ligne des apophyses. La limite supérieure de cette zone commence à peu près à la même hauteur que la submatité relevée en percutant les apophyses épineuses. A vrai dire, à la partie inférieure, cette bande ne nous paraît pas plus large qu'à sa partie supérieure ; nous n'oserions lui affirmer une forme triangulaire.

Cependant dans ce cas, en faisant pencher notre malade sur le côté sain, la largeur de la zone de matité s'élargit en bas d'un travers de doigt environ, ce qui donnerait une forme triangulaire à l'aire de matité.

Nous avons fait mettre notre malade sur le côté droit, et nous avons retrouvé avec moins de netteté encore une zone de submatité du côté sain.

En auscultant au niveau de cette zone, nous ne croyons pas pouvoir affirmer qu'il y ait un changement dans l'intensité du murmure vésiculaire.

Cette observation n'est donc pas parfaite pour affirmer dans toute son ampleur le signe de Grocco. On retrouve cette bande interne, qui est parallèle à la ligne des apophyses ; mais nous n'avons pu mettre en évidence, avec netteté, la forme triangulaire décrite. Peut-être y a-t-il chez ce malade des adhérences interpleurales, ou pleuro-pariétales, ou pleuro-pulmonaires, qui ne permettent pas au sac pleural de s'étendre suivant les lois de pression que nous avons décrites. Ou bien encore le liquide n'est-il pas suffisamment abondant.

OBSERVATION IV

Ce quatrième cas, n'est pas une observation que j'ai prise ; c'est le résultat de l'examen d'une malade, fait par M. Darier. Mon ami Gaillard, interne du service m'a donné en quelques mots ce qu'avait trouvé son maître.

A la fin de février, salle Valleix, lit n° 15, une femme entrée dans le service fut examinée à la visite par M. Darier, qui fit le diagnostic de pleurésie droite, avec un épanchement montant à quatre travers de doigts au-dessus de la pointe de l'omoplate. Le diagnostic n'était pas douteux, mais M. Darier voulut voir s'il constaterait le signe de Grocco. Ses recherches l'amenèrent à mettre en évidence, par une percussion attentive, une

zone de submatité et de matité, dont la largeur à la base, atteignait quatre travers de doigts environ. La forme de cette zone était triangulaire et le sommet atteignait presque le niveau supérieur de l'épanchement. La partie la plus interne et la plus basse était la plus mate.

Il ne fut pas recherché si l'aire et la matité variaient suivant les différents décubitus. M. Darier ne fit pas de recherches sur la respiration, au niveau de ce triangle.

Il eût été intéressant, dans ce cas, de pouvoir se rendre compte de l'état de la plèvre et de voir si elle présentait des adhérences quelconques, car pour moi cette question d'adhérences : soit à la paroi thoracique, soit au parenchyme pulmonaire, doit avoir une très grande importance dans la genèse, ou non, du signe de Grocco. Dans ce cas, sans doute, il n'y avait pas de symphyse pleuro-pulmonaire, ni pleuro-pariétale.

Certains organes étaient peut-être déplacés, ainsi le foie, ou bien le cœur abaissé, ce qui concourait à la formation de cette zone de matité.

OBSERVATION V

M..., employé de chemin de fer, Laënnec, salle Chomel, lit n° 11.

Ce malade entre à l'hôpital le 2 mars dans le service de M. Landouzy. Il y a eu diagnostic de pleurésie. L'observation n'a pas été prise. J'ai vu ce malade le 25 mars et, d'après les renseignements, la pleurésie avait été abondante. A ce moment le liquide est résorbé en grande partie, et on a un épanchement peu abondant dont la limite supérieure est à qua-

tre travers de doigts environ au-dessous de la pointe de l'omoplate.

Nous avons cherché si, dans ce cas, nous pouvions mettre le signe de Grocco en évidence. Nous avons commencé la percussion sur la ligne des apophyses épineuses. Nous avons trouvé de la submatité presque au niveau supérieur de l'épanchement et allant jusqu'à la limite inférieure de résonance de la cavité thoracique. En dehors de la ligne des apophyses épineuses, sur le côté sain, il nous a été impossible de mettre en évidence une zone de matité ou de submatité. La variation du décubitus n'apportait pas de changement dans ce que nous venions de trouver.

Quant au bruit respiratoire nous n'avons trouvé rien d'anormal.

Nous invoquerons, dans ce cas, le peu d'abondance du liquide, pour motiver l'absence du triangle paravertébral.

OBSERVATION VI

M... 17 ans, Laënnec, salle Chomel, lit n° 21.

Ce malade est dans le service de M. le professeur Landouzy, et je l'ai vu quinze jours après son entrée. D'après l'observation il y avait un diagnostic de pleurésie gauche très abondante, et à l'époque à laquelle nous l'avons vu on lui avait déjà fait trois ponctions évacuatrices. Quand nous l'avons vu, il y avait encore un peu de liquide de réformé et à la base gauche on constatait l'existence d'un épanchement médiocre, nous nous en assurions par une ponction exploratrice.

Nous recherchions le signe de Grocco, et malgré une grande

attention nous n'avons rien trouvé d'anormal dans la résonance du côté sain, à droite.

Le bruit respiratoire n'avait pas subi lui non plus aucune altération.

La petite quantité du liquide suffit dans ce cas à expliquer l'absence du signe de Grocco.

OBSERVATION VII

X... 22 ans, Charité, salle Corvisart, lit n° 16.

Ce malade, un jeune nègre, est dans le service depuis dix jours. Il présente des lésions de tuberculose, à la deuxième période. D'après l'observation qu'on me donna et mon examen, ce malade présente une pleurésie séreuse unilatérale, droite.

Le niveau supérieur de l'épanchement est à quatre travers des doigts au-dessus de la pointe de l'omoplate. Le foie est un peu abaissé, et le cœur déplacé de deux à trois centimètres vers la gauche.

En recherchant systématiquement le signe de Grocco, voici ce que je trouve :

Un peu au-dessous de la limite supérieure de l'épanchement, la percussion sur le rachis donne une submatité très légère qui va en s'accentuant jusqu'à la limite inférieure de la résonance thoracique, en bas, la matité est même nette. En continuant les recherches sur le côté sain, on détermine une zone de submatité nette le long de la ligne des apophyses, sur une largeur de deux travers de doigts, en bas la matité est nette. En dehors de cette bande, la percussion permet de trouver une zone qui

en effet ne donne pas la résonance normale, surtout quand on se rapproche de la limite inférieure de la cavité thoracique. Avec beaucoup d'attention, j'ai pu, à peu de choses près, délimiter une aire triangulaire, du côté sain, dont le côté inférieur avait une longueur d'environ trois travers de doigts.

En faisant varier le décubitus du malade, j'ai pu remarquer qu'en faisant mettre le malade sur le côté sain, l'aire de matité relative ne subissait pas une variation appréciable, ni dans la grandeur, ni en intensité. Au contraire en faisant coucher le malade sur son épanchement, le côté inférieur diminuait de longueur d'une façon assez nette.

L'auscultation, sur l'aire de ce triangle, décelait un affaiblissement du murmure vésiculaire.

Nous sommes donc en présence d'un épanchement abondant, qui nous permet de constater assez nettement l'existence du « triangle paravertébral opposé ».

CHAPITRE V

Conclusion. — Valeur diagnostique et clinique.

L'intérêt de tout ce que nous venons de voir peut se résumer à peu de chose. Pour nous il répond à cette question : étant donné ce que nous savons, peut-on tirer du signe de Grocco une valeur diagnostique et clinique certaine ?

La réponse à ces deux questions sera notre conclusion.

Enonçons tout d'abord ce principe que, d'après nos recherches et les conclusions d'autres auteurs (je ne parlerai pas de Barbieri qui va jusqu'à nier complètement ce signe), le signe de Grocco fait complètement défaut dans quelques cas.

Partant de ce principe, nous croyons assez logique de penser que le signe de Grocco n'a pas une bien grande valeur diagnostique. Ce qui restreint encore son importance, à notre avis, c'est que le professeur Grocco dit lui-même qu'il faut un « épanchement

pleural suffisamment abondant » pour trouver son signe ; tout l'intérêt, au contraire, serait dans un signe permettant de faire le diagnostic certain, en présence d'épanchements peu abondants et commençants. Pour nous, même l'expression « épanchement suffisamment abondant », devrait être transformée en « épanchement abondant », et même cette expression n'est-elle pas assez forte, car dans les épanchements abondants ou même très abondants, nous dirons que le triangle paravertébral opposé peut très bien ne pas se produire, ou ne se produire qu'en partie, si le sac pleural n'estpas libre de s'étendre ; c'est-à-dire s'il présente des adhérences qui lui donnent une grande fixité, et qui ne lui permettent pas de repousser le médiastin suffisamment pour produire une matité étendue du côté sain.

Maintenant en laissant de côté la fréquence du signe de Grocco, au cours des pleurésies séro-fibrineuses ; est-ce que au contraire il ne pourrait pas se montrer avec une pleurésie hémorragique ; un épanchement purulent, une pleurésie enkystée même ; un kyste hydatique du poumon et même du foie ; un hydrothorax, quoiqu'il soit rarement unilatéral ; un épanchement chyliforme de la plèvre ?

Est-ce qu'il pourrait être d'un grand secours pour le diagnostic de ces tumeurs du médiastin ou de la plèvre, se cachant parfois derrière un épanchement pleurétique, qui est souvent la première manifestation du néoplasme ? Nous ne le croyons pas.

Enfin, prenons en particulier, le cas de pneumo-

nie massive de Grancher, car c'est surtout dans ce cas que le professeur Grocco donne une grande valeur diagnostique à son signe, ainsi que quelques autres auteurs italiens. Nous regrettons de ne pas avoir vu de cas de maladie de Grancher, afin de nous rendre compte de ce fait ; mais, pour nous, un poumon hépatisé sur une aussi grande étendue peut, par sa situation le long du rachis, empêcher celui-ci de vibrer et ainsi permettre de trouver une zone de submatité sur la ligne des apophyses et le long de cette ligne du côté sain, comme dans certains cas d'épanchements pleuraux ; ce qui n'ajoute donc guère de certitude à ce signe, pour un diagnostic souvent difficile. Il vaut mieux recourir à la ponction exploratrice qui dans ce cas est négative.

Maintenant que faut-il penser du signe de Grocco au point de vue clinique ?

Je dirai tout d'abord que des observations positives ont été recueillies par : Sylvestrini qui au congrès de Rome de 1902 a confirmé la valeur du symptôme de Grocco ; Maragliano, Flora, Pierraccini, Bucco, Berghinz, Baduel et Siciliano.

Cependant même parmi ceux qui ont trouvé le signe de Grocco, les uns affirment la difficulté de sa recherche et d'autres disent même ne l'avoir pas toujours rencontré. A l'appui de cette dernière opinion, je citerai le commencement d'un article de Bucco, assistant du professeur de Rentzi de Naples, paru dans la *Nuova Rivista Clinico-Terapeutica* n° 7, 1903.

« De quatre malades atteints de pleurésie séreuse, dans notre clinique, un de ces derniers présentait d'une manière évidente le symptôme décrit par Grocco au dernier congrès de Médecine. Dans les trois autres cas l'épanchement était peu abondant, et malgré une observation attentive on ne pouvait relever postérieurement l'aire de matité relative de forme triangulaire. »

Plus loin, ce même auteur dit : « Le symptôme est évident dans les pleurésies avec épanchement abondant. »

Pour répondre, toujours à cette même question, de la valeur clinique, nous dirons que pour nous, la déduction se tire tout simplement de la valeur diagnostique du signe de Grocco : c'est-à-dire qu'il a un intérêt tout à fait relatif, et que nous ne pouvons nous associer à l'enthousiasme de quelques auteurs italiens. De plus sa recherche est très délicate et son appréciation très difficile, ce qui lui enlève une grande valeur pratique. Aussi en présence de ces faits, au point de vue clinique, sera-t-il toujours plus sûr et aussi rapide de recourir immédiatement, en cas d'incertitude, à la toute simple et si inoffensive ponction exploratrice qui renseigne de suite sur l'existence et la nature de l'épanchement.

Nous ne pouvons donc, d'après ce qui précède, porter le signe de Grocco à un rang bien élevé parmi les symptômes diagnostiques des pleurésies séreuses unilatérales. Nous ne pouvons seulement, que le classer comme un phénomène qui se pré-

sente dans certains cas, quand tout un concours de circonstances lui permet de se produire. Même ne devrait-on pas lui laisser le nom de « triangle paravertébral opposé », mais l'appeler simplement « aire paravertébrale opposée », l'aspect étant souvent tout autre que celui d'un triangle.

Vu : le Président de la thèse,
LANDOUZY

Vu : le Doyen.
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Grocco. — Brevi note di semeiotica fisica. Rivista critica di clinica medica. N^os 11, 12, 13. Mars 1902.

— XII^e Congrès de la société italienne, tenu à Rome en 1902. Le « triangle paravertébral opposé » dans la pleurésie séreuse. Semaine médicale, 12 novembre 1902.

Silvestrini. — XII^e Congrès de la société Italienne, tenu à Rome en 1902. Le « triangle paravertébral opposé » dans la pleurésie séreuse. Semaine médicale, 12 novembre 1902.

Flora. — Rivista critica di clinica medica. N° 19, mai 1902.

Pierraccini. — 1° Clinica moderna n° 1, 1903.

— 2° Clinica moderna. Luglio, 1903.

Bucco. — Il sintona di Grocco. La Nuova Rivista clinico-terapeutica. N° 7, 1903.

Berghinz. — Sul triangolo paravertebral di Grocco. Rivista critica di clinica medica. N° 33, 1904.

Ferrannini. — Il triangolo paravertebrale opposto di Grocco Riforma medica. Anno XX. N° 35.

Barbieri. — Bolletino dell' Associazione medico-chirurgica di Parma. N° 4, 1903.

Baduel et Siciliano. — Rivista critica di clinica medica, 1904. Il triangolo di Grocco.

Landouzy (L.) et M. Labbé. — Pleurésies. Traité de Brouardel et Gilbert.

Imprimerie de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.